



Three Rivers Community Schools Medication Administration Authorization Form

To be completed by Parent/Guardian ONLY

Student's Name: _____ Date: _____
School: _____ Grade: _____ Teacher: _____
Please list any drug allergies (if applicable): _____

PARENT OR GUARDIAN AUTHORIZATION (for All Medications)

If medications must be given during school hours, this form must be completed. The parent/guardian must provide the school with the over-the-counter and/or prescription medication in its original container, clearly marked with the student's name and directions. Medication will be administered as directed on the package or as directed by the prescribing physician. It is the responsibility of the parent/guardian to notify the school of medication changes and to complete a new Medication Authorization Form. IT is our district's policy that an adult must bring all medication to the school office, or arrangements can be made with the Transportation Department (269-279-1148).

Medication: _____ **Dosage:** _____

Time to be given: _____

Name/Number of Physician prescribing (prescription medicine only): _____

Permission is hereby granted to the school nurse and school personnel to assist my child in the administration of the requested medication. I hereby release and discharge the Three Rivers Community School Board of Education and any employee of the Board from any liability whatsoever by the administration of the prescribed medication to my child during school hours.

I understand that as of April 14, 2003, under the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPPA") disclosure of certain medical information is limited. However, I expressly authorize disclosure of information so that my child's medical needs may be served while in attendance in the Three Rivers Community Schools. This authorization expires on the last day of school. I authorize _____ (health care provider) to furnish any medical information pertaining to my child's medical condition/medication to the Three Rivers District School Nurse and for this information to be shared with pertinent school personnel.

Parent Signature

Date

To be completed by Physician's Office ONLY – please fax to District Office at 269.279.5584

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time to be given (be specific): _____

Condition/Illness requiring medication: _____

Common side effects: _____

This student is capable and responsible for the carrying of and self administration of this medication: Yes/No

Special Instructions: _____

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's name: _____ Office Number: _____

If you have any questions please contact 269.279.1100



Three Rivers Community Schools Formulario de autorización de administración de medicamentos

Para ser completado SOLAMENTE por el padre/tutor

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____
Indique cualquier alergia a medicamentos (si corresponde): _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR (para todos los medicamentos)

Si los medicamentos se deben administrar durante el horario escolar, se debe completar este formulario. El padre/tutor debe proporcionar a la escuela el medicamento de venta libre y/o recetado en su envase original, claramente marcado con el nombre del estudiante y las instrucciones. El medicamento se administrará según las indicaciones del paquete o según las indicaciones del médico que lo recetó. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la escuela sobre cambios de medicamentos y completar un nuevo Formulario de Autorización de Medicamentos. Es política de nuestro distrito que un adulto debe traer todos los medicamentos a la oficina de la escuela, o se pueden hacer arreglos con el Departamento de Transporte (269-279-1148).

Medicamento: _____ **Dosis:** _____

Hora de administración: _____

Nombre/Número del médico que receta (solo medicamentos recetados): _____

Por la presente se otorga permiso a la enfermera escolar y al personal escolar para ayudar a mi hijo en la administración del medicamento solicitado. Por la presente libero y libero a la Junta de Educación de la Escuela Comunitaria de Three Rivers ya cualquier empleado de la Junta de cualquier responsabilidad por la administración del medicamento recetado a mi hijo durante el horario escolar.

Entiendo que a partir del 14 de abril de 2003, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPPA"), la divulgación de cierta información médica está limitada. Sin embargo, autorizo expresamente la divulgación de información para que las necesidades médicas de mi hijo puedan ser atendidas mientras asiste a las Escuelas de la Comunidad de Three Rivers. Esta autorización vence el último día de clases. Autorizo a _____ (proveedor de atención médica) a proporcionar cualquier información médica relacionada con la condición médica/medicamentos de mi hijo a la enfermera escolar del distrito de Three Rivers y para que esta información se comparta con el personal escolar pertinente.

Firma del padre

Fecha

SÓLO para ser completado por el consultorio del médico: envíe un fax a la oficina del distrito al 269.279.5584

Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Hora de administración (sea específico): _____

Condición/enfermedad que requiere medicamento: _____

Lado común efectos: _____

Este estudiante es capaz y responsable de llevar y autoadministrarse este medicamento: Sí/No

Instrucciones especiales: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Número de oficina: _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con 269.279 .1100